N° 15

ÉTUDE

SUR LA

PHTISIE PULMONAIRE

DES VIEILLARDS

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

le 29 mars 1884

PAR

Émile SOUCHET

Né à Vauvert (Gard)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER
IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5
1884

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT ✻ ✠.... Doyen
COMBAL ✻ ✠..... } Assesseurs
GRASSET..... ....}

Professeurs.

	Messieurs :
Opérations et appareils.	BOUISSON, O. ✻ ✠, D. hon.
Pathologie externe.	BOYER ✻.
Accouchements.	DUMAS ✻.
Clinique médicale.	DUPRÉ ✻ C ✠.
Anatomie.	BENOIT ✻ ✠
Clinique médicale.	COMBAL ✻ ✠.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER ✻.
Physique médicale.	MOITESSIER ✻.
Anatomie patholog. et histologie.	ESTOR
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL ✻.
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médic	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur.méd	PLANCHON ✻ ✠.
Physiologie, chargé du cours.	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale. id.	TÉDENAT.

MARTINS (O. ✻) FONSSAGRIVES (O. ✻), COURTY ✻. Profes honor.

Chargés de Cours :

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATTLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN, agrégé.

Agrégés.

Messieurs :	Messieurs
JACQUEMET.	MOSSÉ.
DE GIRARD.	REGIMBEAU ✻.
SERRE.	TÉDENAT.
ROUSTAN.	DUMAS fils.
CARRIEU.	BLAISE.
MAIRET.	BAUMEL.
CHALOT.	VILLE.
BIMAR.	GRANEL.
LANNEGRACE.	

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire,

Examinateurs de la Thèse :

MM. CAVALIER, *président ;*
COMBAL, professeur.
TÉDENAT, agrégé ;
BAUMEL, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Affection et reconnaissance éternelles.

A MES SŒURS

Aimons-nous toujours !

A ma Grand'Mère veuve SOUCHET

A ma Grand'Mère veuve BARBIER

Gage de respect et de piété filiale.

E. SOUCHET.

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

E. SOUCHET.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur CAVALIER

A Monsieur le Professeur-Agrégé HAMELIN

A Messieurs les Professeurs-Agrégés

BLAISE, CARRIEU, LANNEGRACE

E. SOUCHET.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544308_0056

INTRODUCTION.

Les anciens médecins s'occupent peu de la phtisie pulmonaire des vieillards. Ils signalent bien dans leurs recueils périodiques quelques faits rares et isolés de phtisie survenue dans la vieillesse, mais ils ne nous disent point ce que cette maladie peut avoir de spécial à cet âge.

Bien que l'on trouve dans le Compendium (1) de médecine un article sur la phtisie pulmonaire des vieillards, c'est à l'ancien interne de Vulpian, M. le Dr Moureton, que revient l'honneur d'avoir fourni, le premier, un travail aussi sérieux que complet sur cette question.

Si nous avons fait, à notre tour, de la phtisie pulmonaire des vieillards l'objet de notre thèse inaugurale, nous y avons été engagé par l'observation de plusieurs faits cliniques qui, pour la plupart, ont évolué sous nos yeux, ici, à l'Hôpital Général, dans le service de M. le professeur-agrégé Hamelin.

Il nous a paru intéressant de signaler les particularités que cette affection avait présentées chez nos malades. Heureux nous serons si notre modeste travail peut contribuer pour sa part à faire prendre à la phtisie pulmonaire la place importante qu'elle doit avoir dans la pathologie du vieillard.

Que M. le professeur-agrégé Hamelin nous permette de lui témoigner ici toute notre profonde gratitude, pour la bienveillance dont il nous a donné tant de preuves pendant le cours de nos études médicales.

(1) Compendium de médecine, t. VI, p. 523.
(2) Thèse de Paris, 1863.

Division. — Notre travail est divisé en deux parties :

Dans la première, nous cherchons à donner une idée de la fréquence de la phtisie pulmonaire chez le vieillard.

Dans la seconde, nous nous occupons de la phtisie survenant dans la vieillesse et évoluant à cet âge.

Cette seconde partie, beaucoup plus importante que la première, comprend elle-même deux chapitres. Dans le premier, nous traitons de la phtisie aiguë ; dans le second, nous étudions la phtisie chronique.

ÉTUDE

SUR LA

PHTISIE PULMONAIRE

DES VIEILLARDS

PREMIÈRE PARTIE.

DE LA FRÉQUENCE DE LA PHTISIE PULMONAIRE CHEZ LE VIEILLARD.

Quand on n'a fréquenté que les hôpitaux consacrés aux maladies aiguës, on conserve l'impression que la phtisie est une maladie de l'âge adulte et qu'elle est très rare dans la vieillesse. Quand elle existe à cet âge, c'est une exception, pense-t-on. C'était là, d'ailleurs, l'opinion des anciens médecins; aussi ne faut-il point s'étonner si Gendrin (1) affirme que

(1) Gendrin, Thèse de concours 1840, influence de l'âge sur les maladies.

lorsqu'on trouve la phtisie à un âge avancé, on peut toujours constater par les antécédents que cette maladie date de l'âge adulte. Pour lui cette affection ne présenterait dans la vieillesse que les lésions produites par la diathèse tuberculeuse à un âge moins avancé.

Beau (1) soutient, à son tour, que la diathèse tuberculeuse n'existe plus chez le vieillard; il n'a jamais trouvé chez ce dernier ni lésions du larynx ni ulcérations intestinales.

Durand-Fardel (2), dans son Traité des maladies des vieillards, pense que les tubercules que l'on trouve dans les poumons des vieillards appartiennent tous, pour l'époque de leur développement, à un âge antérieur à la vieillesse.

Dans la suite de ce travail, nous verrons qu'on ne peut plus admettre aujourd'hui l'opinion de Gendrin, Beau, etc.... Les médecins d'asiles de la vieillesse savent très bien que la phtisie n'est point rare chez le vieillard, et qu'elle peut même chez lui se montrer à l'état aigu.

Voici ce que nous dit Fournet (3) au sujet de la phtisie chez le vieillard: « Il m'est arrivé souvent dans mes recherches »d'amphithéâtre de trouver des tubercules dans les poumons »des vieillards de 60 à 70 ans. Ces tubercules étaient crus »chez quelques-uns, ramollis chez d'autres.»

Plus loin il continue: « Dans nos observations où se »trouvent un assez grand nombre de phtisies acquises, nous »voyons figurer tous les âges successifs.» Pour Fournet, l'âge ne saurait rentrer comme un élément ayant beaucoup de valeur, quand il s'agirait d'établir un diagnostic de phtisie pulmonaire.

(1) Beau, *Journal de médecine*, t. I, p. 330-333.
(2) Durand-Fardel, Traité des maladies des vieillards 1854, p. 620.
(3) Fournet, Recherches clin. sur l'auscult. 1859, p. 419-420.

Louis (1), sur 205 cas de phtisie pulmonaire dont il a pu réunir les observations, en touve :

26 qui avaient de 45 à 60 ans.

11 qui avaient de 61 à 68 ans.

Si Beau (2) pendant un séjour de 18 mois à la Salpêtrière, ne trouve que 9 cas de phtisie tuberculeuse, c'est que probablement son attention n'a pas été attirée sur cette maladie. Il ne nous dit pas d'ailleurs que toutes les autopsies ont été faites ; et il pourrait bien se faire que cette maladie n'eût pas été reconnue pendant la vie.

Prus (3) donne une statistique des causes de mort de 390 vieillards qui ont succombé dans son service de Bicêtre pendant trois années, du 1er octobre 1832 au 1er octobre 1835.

Sur ces 390 cas, il ne compte que 18 phtisiques, c'est-à-dire 1 sur 26.

D'après lui, la phtisie serait plus fréquente chez les vieilles femmes de la Salpêtrière que chez les vieillards de Bicêtre.

En 1847, Marc d'Espine (4), médecin du canton de Genève, publiait dans les *Annales d'hygiène* une statistique de décès par tuberculisation à tous les âges. Nous croyons devoir la reproduire ici tout entière.

De	1	an	à	5	ans	—	98 cas.
»	5	»	à	10	»	—	55 »
»	10	»	à	15	»	—	60 »
»	15	»	à	20	»	—	90 »
»	20	»	à	25	»	—	145 »
»	25	»	à	30	»	—	136 »

(1) Louis, Recherches sur la phtisie, p. 456.

(2) *Journal de médecine*, 1843, t. I, p, 332.

(3) Prus, Mém. acad. médecine 1840, p. 13.

(4) Marc d'Espine, *Annales d'hygiène*, t. XXXVII, p. 323.

De	30	» à	35	»	— 117	cas.
»	55	» à	40	»	— 112	»
»	40	» à	45	»	— 68	»
»	45	» à	50	»	— 63	»
»	50	» à	60	»	— 66	»
»	60	» à	70	»	— 41	»
»	70	» à	80	»	— 6	»

Si cette statistique nous montre que la mortalité par phtisie est plus fréquente de 20 à 40 ans qu'à tous les autres âges de la vie, elle nous fait voir aussi qu'elle atteint les vieillards de 55 à 80 ans.

Si l'on veut même tenir compte de ce que le nombre des survivants de 60 à 80 ans est de beaucoup inférieur à celui de 20 à 40 ans, on voit tout de suite que la phtisie fait encore de nombreuses victimes à un âge avancé.

On voit déjà, par ce que nous venons de dire, que la phtisie n'est point rare chez le vieillard. Voici encore des statistiques où la proportion des décès est bien supérieure à celle que nous avons vue jusqu'à maintenant. Dans le courant de l'année 1862, à la Salpêtrière, M. Vulpian (1) constate 14 tuberculisations sur 86 nécropsies de vieilles femmes.

Sur 50 autres, M. Moureton en avait trouvé 7 qui avaient succombé à des tubercules.

On trouve enfin dans Geist une statistique qui se rapproche beaucoup de celle de Vulpian.

Geist trouve sur 514 autopsies, 72 tuberculeux, ce qui donne une proportion de 1 sur 7,13.

Dans la statistique de Vulpian, on trouve la proportion de 1 sur 6,84.

(1) Moureton, Thèse citée.

Le nombre de tuberculeux de Geist est ainsi réparti suivant les âges,

55 à 65 ans	25
65 à 75 —	27
75 à 85 —	12
85 à 93 —	8

Sur 24 femmes décédées dans son service, depuis le 1er janvier 1862 au 1er juin 1863, Vulpian en trouve:

12 de 60 à 70 ans
8 de 70 à 80 —
4 de 80 à 89 —

Ainsi, voilà des faits incontestables qui nous démontrent que la phtisie est plus fréquente qu'on ne le pense généralement dans un âge même très avancé.

DEUXIÈME PARTIE.

La phtisie pulmonaire peut se présenter chez le vieillard, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique. Nous aurons donc à nous occuper ici: 1° de la phtisie aiguë; 2° de la phtisie chronique.

CHAPITRE I.

DE LA PHTISIE AIGUË.

Ce qui caractérise la phtisie aiguë, c'est le grand nombre de granulations que l'on trouve disséminées dans les deux poumons, depuis la base jusqu'au sommet. Certains auteurs parmi lesquels nous citerons Empis, Trousseau, Robin, etc., frappés par l'abondance de ces granulations, ont voulu faire de la phtisie aiguë une maladie distincte de la tuberculose, à laquelle ils ont donné le nom de granulite ou granulie. Ces auteurs ont eu tort de considérer les granulations comme des productions inflammatoires, purement fibrineuses; la cellule de la phtisie aiguë ne diffère en rien au point de vue histologique de celle de la phtisie lente commune.

Les granulations sont les mêmes dans les deux formes de phtisie, seulement elles sont plus nombreuses, plus agglomérées et plus confluentes dans la phtisie aiguë.

Dans la phtisie aiguë, les granulations ne restent pas tou-

jours localisées aux deux poumons; elles peuvent envahir tous les organes: séreuses, muqueuses, ganglions, parenchymes, os, etc. Dans ce cas, la phtisie aiguë prend des formes diffuses et généralisées qui sont le propre de l'enfance où l'on observe la tuberculisation des ganglions, des méninges, du cerveau. Ces formes diffuses deviennent déjà rares chez l'adulte et sont tout à fait exceptionnelles chez le vieillard.

Étudiant la phtisie aiguë dans la vieillesse, nous négligerons la phtisie généralisée, pour nous en tenir aux cas où les deux poumons sont, sinon pris exclusivement, du moins atteints d'une façon prédominante, c'est-à-dire parsemés d'une quantité innombrable de petites granulations grises.

La phtisie pulmonaire aiguë (phtisie granuleuse de Bayle) peut se présenter, au point de vue clinique, sous plusieurs formes variées. Sans étudier ici toutes les formes que les auteurs veulent bien lui reconnaître, nous indiquerons seulement celles qui sont propres au vieillard.

M. Moureton reconnaît à la phtisie aiguë des vieillards, les trois formes suivantes:

1re Forme. — Etat fébrile aigu.
2e Forme. — Etat fébrile avec complications cérébrales.
3e Forme. — Etat fébrile indéterminé avec émaciation rapide.

A ces trois formes, nous en ajouterons une quatrième.
4e Forme. — Pneumonique.
Nous allons étudier séparément chacune de ces formes.

1re Forme. — Dans cette forme clinique, les malades ont de la fièvre, la langue sèche, la face altérée. La toux et l'expectoration sont rares. On entend dans la poitrine des râles disséminés mais sans importance. La maladie évolue

habituellement très vite. La mort arrive au vingtième jour, quelquefois même avant cette époque.

A l'autopsie, on trouve sur les deux poumons une éruption confluente de petites granulations grises. On peut en trouver aussi, mais en petit nombre dans le foie, la rate, les reins et le péritoine.

2e *Forme.* — Dans cette seconde forme, la peau est chaude, la face rouge, le pouls souvent normal. Le malade cherche à se lever de son lit, se remue sans cesse et parle constamment. Les signes fournis par la percussion et l'auscultation de la poitrine sont pour ainsi dire négatifs. Il n'y a jamais stupeur, ni diarrhée, ni épistaxis, ni fuliginosités des lèvres, ni éruption de taches rosées comme cela s'observe quelquefois chez l'adulte où le diagnostic de cette forme est parfois difficile et souvent confondu avec celui de fièvre typhoïde ; la mort arrive très vite, vers le huitième jour. A l'autopsie, on constate une congestion des méninges avec œdème de la substance blanche cérébrale. Dans les poumons, on observe la présence de fines granulations qui sont très nombreuses; il existe en même temps de la congestion pulmonaire.

3e *Forme.* — Cette troisième forme est caractérisée par un état fébrile plus ou moins marqué. La maladie est plus longue, elle peut durer 3 ou 4 mois. Elle est caractérisée par un état de faiblesse, par le marasme vers lequel marchent rapidement les malades. Dans cette forme, les symptômes thoraciques sont plus ou moins prononcés. Le malade tousse, crache, mais ses crachats n'ont rien de spécial. L'auscultation ne révèle que des râles disséminés.

A l'autopsie, on trouve les mêmes lésions que dans la première forme.

4e Forme. — Dans cettte forme, il est presque impossible de distinguer la phtisie aiguë, surtout quand les signes antérieurs manquent totalement. Les symptômes ici sont en réalité ceux d'une pneumonie, non de la pneumonie franche de l'adulte, mais d'un grand nombre de pneumonies chez le vieillard, dans lesquelles les signes physiques sont variables, irréguliers, mal dessinés et peuvent même manquer.

Voici d'ailleurs l'observation d'un cas de phtisie aiguë à forme pneumonique.

Cette observation très intéressante a été prise ici à l'Hôpital Général et nous a été communiquée par M. le professeur-agrégé Hamelin.

Observation I.

La nommée L., née en 1803, sourde-muette, est entrée à l'hôpital à l'âge de 7 ans.

Les renseignements pris sur ces antécédents nous apprennent qu'elle s'enrhumait facilement et que jadis, 10 ou 15 ans auparavant, elle avait eu des hémoptysies peu abondantes et à plusieurs reprises.

Le 2 avril 1883, elle attire notre attention : elle ne mange pas et se trouve très abattue. Pas de frisson ; pas de point de côté ; pas de dyspnée.

28 respirations ; 88 pulsations.

Temp. M. 38,6. S. 39,1.

Langue blanche et humide.

A gauche et en arrière, dans la moitié inférieure environ on trouve de la submatité avec râles crépitants (à l'inspiration) mêlés de quelques sous-crépitants qui s'entendent dans les deux temps de la respiration et qui sont perçus vers

la région axillaire. Pas de souffle. Un peu de tympanisme sous-claviculaire gauche en avant avec respiration prolongée. Rien à droite. Pot alcoolique, tisane vineuse.

3 avril. Même état général et local.

26 respirations ; 84 pulsations.

Temp. M. 38,5. S. 39,2.

4 et 5 avril. Abattement un peu plus grand. Même état local.

6 avril. Langue blanche, humide ; comme les jours précédents, même état de prostration. Elle tousse peu, avale ses crachats.

Pouls régulier, 100 pulsations.

36 respirations, mais sans dyspnée.

Temp. M. 39°. S. 39,8.

On trouve à la percussion submatité à gauche, en arrière, à partir de l'épine et de la matité sur la ligne axillaire sur une étendue de trois travers de doigt environ. La malade respire très mal, ce qui rend l'auscultation difficile. On n'observe point toutefois du souffle à gauche et sur la ligne axillaire.

Prescription : 60 gr. jus de viande, un quart vin vieux.

Tisane vineuse : 1 litre.

Potion avec :	Sirop d'éther	30	grammes.
	Alcoolat de mélisse . .	10	—
	Teinture de cannelle .	20	—
	Racine d'ipéca	2	—
	Écorce de quinquina.	4	—
	Eau bouillante	90	—

Vésicatoire au côté gauche.

7 avril. Même état.

Temp. M. 38,7. S. 39.

92 pulsations ; 32 respirations.

8 avril. Même état.

Temp. M. 38,6. S. id.

88 pulsations; 27 respirations.

9 avril. Temp. M. 38,7. S. 39,8.

92 pulsations ; 32 respirations.

10 avril. Hier soir, deux selles diarrhéiques.

Pouls régulier 96 ; 32 respirations.

Temp. M. 39,4. S. 38,9.

11 et 12 avril. Même état.

13 avril. On constate à droite, au niveau de l'épine entre l'omoplate et le rachis un souffle lointain ou plutôt de l'expiration soufflante. Il y a aussi submatité à ce niveau ainsi que dans la fosse sous-épineuse. Les narines sont pulvérulentes, le facies est de plus en plus amaigri, les yeux excavés. Pas de dyspnée.

Pouls régulier 96 ; 29 respirations.

Temp. M. 39°. Soir 39,4.

14 et 15 avril. Même état.

16 avril. La malade s'est plaint toute la nuit; un peu de raideur dans les membres droits. Exagération bilatérale des réflexes. Légère eschare sur le grand trochanter de 5 à 6 mm. de long sur autant de large ; deuxième eschare de surface à peu près égale sur le sacrum.

Temp. M. 39,4. S. 39.

96 pulsations; 30 respirations.

Le 17 avril. Même état.

18 avril. A passé une nuit très agitée. Raideur des membres droits diminuée. Même exagération bilatérale des réflexes. Langue sèche, rôtie. Pouls intermittent, inégal, irrégulier. Pas de dyspnée. 30 respirations.

Temp. M. 38,5. S. 39,6. 123 pulsations. La malade est indifférente à tout ce qui l'entoure. Abattement très notable.

19 avril. Le matin, état asphyxique, lèvres violacées, froides. Pouls petit à peine perceptible. Prostration considérable. Mort à midi.

Autopsie. — 20 avril 1883, à 9 h. du matin.

Poumons. — Le droit présente une coloration rouge vif presque uniforme depuis le sommet jusqu'à la base. Il est fortement congestionné. Il se déchire sous le doigt. A la coupe, aspect rosé, sans bouchons fibrineux. Il s'écoule un liquide rougeâtre, visqueux ; les portions détachées des trois lobes tombent lentement au fond de l'eau. Le lobe supérieur contient de nombreuses granulations grises de très petit volume pour la plupart, à peine 1 mm. de diamètre, disséminées dans toute la masse et dont quelques-unes sont confluentes et quelques autres aussi jaunâtres. C'en est de même du lobe moyen.

Dans le lobe inférieur, granulations, les unes grisâtres, discrètes, d'autres légèrement opaques et confluentes. Son poids est de 860 gr.

Poumon gauche. — Au sommet, granulations jaunâtres, dont les unes confluentes sont déjà en voie de ramollissement. Il y avait imminence de formation de cavernules. Dans le lobe inférieur, granulations grises disséminées. Le tissu pulmonaire est presque carnifié dans ce lobe (coupe rouge, mais sèche) crépitant peu, avec tissu surnageant.

Poids, 475 gr.

Foie. — Sain, 750 gr.

Encéphale. — Sain. Hémisphère gauche 400 gr. Droit 440 gr.

Cœur. — 275 gr.

Ainsi, voilà une malade qui entre à l'infirmerie le 2 avril, présentant les signes d'une pneumonie de la base du côté gauche (submatité avec râles crépitants, etc.) Le 11e jour, on constate seulement un peu de respiration soufflante au sommet du poumon droit, surtout en arrière avec submatité de la fosse sus-épineuse, quand on observe à l'autopsie toutes les lésions d'une tuberculisation aiguë.

Diagnostic.— Comme on vient de le voir dans ces quatre formes que nous venons de décrire, le diagnostic de la phtisie granuleuse n'est pas toujours facile. La maladie marche trop rapidement vers sa terminaison fatale, pour qu'on puisse se rendre bien compte des phénomènes qui l'accompagnent. De là aussi des erreurs de diagnostic auxquelles peuvent être soumis des praticiens, même distingués.

Le diagnostic de la forme avec émaciation rapide serait plus aisé, plus facile; aussi devra-t-on toujours se méfier des vieillards qui présentent de la fièvre et s'amaigrissent sans cause appréciable.

Étiologie.— Parmi les causes qui peuvent créer la phtisie aiguë nous citerons:

1° Tuberculisation antérieure;

2° Les maladies longues, et surtout la cachexie cancéreuse, les suppurations osseuses prolongées. La diarrhée chronique peut, elle aussi, donner naissance à la maladie, chez un sujet lymphatique ou prédisposé.

CHAPITRE II.

DE LA PHTISIE CHRONIQUE.

La phtisie chronique s'observe plus fréquemment que la phtisie aiguë. Elle diffère de cette dernière en ce qu'elle est susceptible de s'arrêter dans sa marche et d'être curable. Aujourd'hui tout le monde admet la curabilité de la phtisie pulmonaire. Comme nous n'avons à nous occuper ici que de la phtisie chronique des vieillards, nous ne ferons point l'histoire de cette maladie; nous ferons tout simplement connaître les particularités qu'elle peut présenter dans la vieillesse, soit au point de vue : 1° de son anatomie pathologique, 2° de son étiologie, 3° de son diagnostic, 4° enfin, de sa marche et de sa durée.

Anatomie pathologique. — Elle est la même que chez l'adulte; quand la maladie est récente, on trouve des lésions récentes (granulations grises, infiltrations grises, cavernes dont les parois n'ont pas de membrane propre). S'il y a eu tuberculisation antérieurement, on trouve, indépendamment des lésions récentes, des cavernes qui sont d'ancienne date et organisées, quelques-unes peuvent être froncées et revenues sur elles-mêmes. Au pourtour de ces anciennes cavernes, il y a induration du tissu pulmonaire. Les cavernes récentes, c'est-à-dire celles qui se sont formées dans la vieillesse, sont en général petites, entourées par un tissu pulmonaire grisâtre induré qui forme des ilots de pneumonie chronique. Les tubercules siègent le plus souvent au

sommet du poumon, et la lésion tuberculeuse est toujours plus avancée d'un côté que de l'autre, quand elle est bilatérale.

On peut trouver aussi quelquefois d'ulcérations du larynx (voir observation II), des bronches, ainsi que des granulation dans le pharynx (voir observation V). Les ganglions bronchiques et mésentériques sont rarement malades.

Étiologie.— La phtisie chronique chez le vieillard admet un grand nombre de causes. Certains vieillards deviennent tuberculeux par le fait même de la caducité sénile. Indépendamment de cette cause qui trouve sa raison d'être dans l'âge même du malade, nous signalerons les maladies antérieures et chroniques qni affaiblissent considérablement l'organisme.

Parmi ces maladies, nous citerons les maladies nerveuses que l'on observe si souvent dans la vieillesse, et principalement le ramollissement cérébral. D'autres causes ayant sur l'organisme une influence funeste, peuvent aussi donner naissance à la phtisie pulmonaire: nous voulons parler ici des chagrins de famille, de la misère, etc. Quand nous publierons plus bas nos observations, on verra le rôle que peuvent jouer ces dernières dans l'affection qui nous occupe.

Diagnostic.— Le diagnostic de la phtisie chronique des vieillards présente certaines difficultés. Nous devons même dire que c'est à cause de ces difficultés que beaucoup de praticiens croient encore à la rareté de cette maladie dans un âge avancé. Le début de la maladie est très obscur; et même quand il existe des cavernes, on peut encore avoir des doutes sur la nature de la maladie. C'est qu'en effet, chez le vieillard, on n'observe point, comme chez l'adulte, cette série de symptômes qui donnent à la maladie son cachet spécial.

Prus (1), dans son mémoire sur la phtisie des vieillards, affirme que le gargouillement et la pectoriloquie sont rares.

Pour lui, le souffle tubaire et la bronchophonie sont les seuls signes qui se montrent le plus souvent. Il ajoute ensuite que la faiblesse ou l'absence complète du bruit respiratoire sont des signes auxquels le praticien doit accorder une grande valeur.

L'hémoptysie est rare ; la toux manque souvent ; les sueurs nocturnes ainsi que la fièvre font souvent défaut. Le thorax peut être plus ou moins amaigri et déformé. Il existe de la matité au sommet de la poitrine et l'auscultation révèle tantôt du souffle rude, tubaire, tantôt des craquements humides mêlés avec d'autres râles de bronchite. Les crachats sont en général peu nombreux, mucoso-purulents et on peut constater chez eux la présence de fibres élastiques.

En résumé, les seuls signes qui peuvent éclairer surtout le diagnostic sont :

1° Matité au sommet de la poitrine.

2° Signes d'excavations pulmonaires (gargouillement, pectoriloquie, râles muqueux, etc.), sous les deux clavicules en avant, dans les régions sus et sous-épineuses en arrière. Ces signes doivent être plus prononcés d'un côté que de l'autre.

3° Enfin, ce qui donnera aussi au diagnostic une grande valeur, c'est la constatation de fibres élastiques dans les crachats des malades.

Ni la pneumonie, soit aiguë, soit chronique du sommet, ni la dilatation bronchique, ne sauraient être confondues avec la phtisie à son second degré.

Dans la pneumonie aiguë, on observe bien de la matité au sommet ainsi que du souffle et de la bronchophonie, mais en

(1) Mémoire académ. médecine 1830, p. 13.

interrogeant le malade, on apprend que c'est un mal récent et il existe toujours de la fièvre.

La pneumonie chronique siège rarement au sommet de la poitrine, c'est plutôt à la base et à la partie postérieure qu'on l'observe.

Dans le cas où elle existerait au sommet, l'examen des crachats viendrait dissiper tous les doutes.

Reste encore l'emphysème pulmonaire qui, s'accompagnant de dilatation bronchique chez le vieillard, peut donner lieu à des erreurs.

Dans ce cas, il est rare que les excavations bronchiques siègent au sommet; elles sont le plus souvent situées à la partie moyenne du poumon. Quand elles existent tout près des sommets, elles fournissent à l'auscultation les mêmes signes des deux côtés, ce qui n'a que très rarement lieu pour les cavernes tuberculeuses. Les lésions tuberculeuses, nous le savons déjà, sont presque toujours plus prononcées d'un côté que de l'autre.

D'ailleurs encore ici pour confirmer le diagnostic, nous avons l'examen des crachats qui ne présentent point de fibres élastiques dans la dilatation des bronches.

Quant aux abcès du poumon et à la gangrène pulmonaire, les crachats sont ici les meilleurs juges (crachats sanieux, odeur fétide).

Marche et Durée.— En général, la marche de la maladie est lente, torpide, silencieuse. Le tubercule évolue plus lentement, soulève moins de réactions inflammatoires et reste davantage à l'état de simplicité. Il a même de la tendance à subir la transformation fibreuse (phtisie fibreuse).

Les cliniciens avaient en vue cette transformation sans l'indiquer nettement, quand ils ont établi des phtisies à forme régressive en opposition avec les phtisies chroniques ordi-

naires progressives. Chez nos malades, la phtisie n'a pas toujours suivi cette marche lente et torpide que nous signalons.

Observation II (1).

Tuberculisation chronique avec ulcérations laryngées.

Jean T., né le 8 mai 1805, entré à l'hôpital général le 8 novembre 1872, se trouve couché au n° 32, salle Saint-Charles.

Comme antécédent héréditaire, le malade signale trois chancres survenus simultanément à l'âge de 40 ans et situés l'un sur le gland, les deux autres dans le sillon balano-préputial. Ces chancres guéris au bout d'un mois, ne paraissent avoir entraîné aucune adénite bien notable. A ce moment, le malade a été soigné par un médecin qui a prescrit des pilules dont nous n'avons pu nous faire donner le nom. T. nie d'ailleurs avoir jamais eu aucun accident, ni secondaire, ni tertiaire, alopécie, éruptions cutanées, maux de gorge, etc.)

Il y a trois ans, le malade a été soigné par M. Grasset pour une pleurésie droite avec épanchement qui a mis longtemps à se résorber et qui s'est terminé par un épaississement considérable de la plèvre avec développement probable de néo-membranes, car depuis on trouve à la percussion de la matité sur toute la hauteur en arrière et à droite avec diminution très notable des vibrations thoraciques. A la suite de cette pleurésie, il s'est développé une scoliose avec concavité gauche, en même temps que s'accentuait la cyphose dont le malade était atteint depuis plusieurs années déjà.

(1) Communiquée par M. Hamelin.

Dans le cours de l'été 1881, M. Hamelin constate des signes manifestes de tuberculisation pulmonaire au second degré (expiration prolongée et légèrement soufflante avec craquements humides) sous la clavicule droite. Le poumon gauche est sain. A partir de ce moment, on observe plusieurs poussées aiguës, qui laissent des signes un peu plus étendus de ramollissement pulmonaire du sommet droit. A plusieurs reprises également le malade présente de la diarrhée qui cède d'ailleurs chaque fois sous l'influence d'un traitement approprié.

Pendant le cours de l'été dernier, le malade a également présenté des ulcérations de l'arrière-gorge que M. Hamelin tend à considérer comme pouvant être de nature syphilitique.

Au mois de novembre 1881, le malade présente sur la fesse et le membre inférieur gauche une éruption pemphigoïde surtout marquée à la fesse et à la cuisse.

Cette éruption ne s'est pas faite sur le trajet des nerfs sans avoir jamais déterminé la moindre douleur, ni même la moindre démangeaison. Au bout de cinq semaines, elle guérit complètement, les bulles s'étant crevées, puis recouvertes de croûtes jaunâtres. Jamais le malade n'avait eu d'éruptions cutanées. Comme traitement local, on prescrit: Cataplasme amidonné et poudre d'amidon sur l'éruption.

A partir du 12 novembre, on ajoute au traitement général qui jusque-là a été dirigé contre la lésion pulmonaire (un demi-verre eau de Labassère, six capsules créosotées), une cuiller sirop de Boutigny tous les jours, en même temps que l'on supprime les capsules créosotées.

A cette époque, l'examen de la poitrine révèle les signes suivants: En avant à l'inspection, aplatissement très marqué au niveau des six dernières côtes gauches. Les régions sus et sous-claviculaires droites sont très excavées, à gauche l'excavation de ces régions est relativement très peu marquée.

Les parois thoraciques présentent un amaigrissement très notable, en rapport d'ailleurs avec l'amaigrissement général. Le réseau veineux sous-cutané est très apparent ; si on mesure l'espace compris entre la fourchette sternale et le mamelon gauche, on trouve 0,15 centimètres, tandis qu'on en trouve 0,17 du mamelon droit à la même fourchette sternale.

A la palpation, les vibrations vocales sont surtout exagérées sur toute la hauteur du côté droit et particulièrement au sommet. A la percussion sur la moitié externe de la clavicule, on trouve une matité complète ; au-dessous de la clavicule, la matité est également très accusée dans les deux tiers externes du côté droit, jusque sur une ligne transversale passant à deux travers de doigt au-dessus du mamelon ; sur tout le reste du côté droit, on trouve en avant une légère submatité. A gauche, la palpation ne révèle absolument rien d'anormal, la percussion donne un son sonore qui se rapproche même du son tympanique. A l'auscultation, du côté droit, on trouve un souffle caverneux très marqué, surtout dans la moitié externe et supérieure de la région comprise entre la clavicule et le mamelon. A certains moments, on perçoit du gargouillement au même niveau, et dans les parties de la poitrine situées plus bas, on trouve des foyers de craquements humides.

L'auscultation de la voix révèle une pectoriloquie simple et même aphone.

Du côté gauche, l'auscultation révèle de la respiration supplémentaire qui, néanmoins, a un caractère plus rude que la respiration supplémentaire ordinaire, mais sans expiration prolongée bien marquée.

En arrière, l'inspection démontre l'existence de la scoliose déjà indiquée ; en outre, on constate l'exagération de l'angle normal formé par la clavicule et les côtes, si bien que la poitrine paraît rétrécie de ce côté. A gauche, cette

dernière paraît, au contraire, élargie et présente une courbure naturelle. Le ruban métrique placé d'une part sur l'apophyse épineuse de la dixième vertèbre et d'autre part sous le mamelon, indique 79 centimètres, comme pourtour de la poitrine, et comme il marque 40 centimètres et demi sur le milieu du sternum, il en résulte que le contour du côté droit est de 38,5. Ce qui fait 2 centimètres de plus pour le contour gauche, la mensuration étant d'ailleurs pratiquée pendant l'inspiration. Cette dernière pratiquée pendant l'expiration, nous montre que le côté gauche de la poitrine se dilate de 2 centimètres pendant l'inspiration alors que le côté droit ne se dilate que de 1 centimètre.

A la percussion, matité sur toute l'étendue du côté droit, plus marquée au sommet que dans les parties intérieures. Du côté gauche, sonorité normale. A la palpation, les vibrations passent bien dans la fosse sus-épineuse et la partie supérieure de la fosse sous-épineuse du côté droit ; au contraire, dans les parties sous-jacentes, les vibrations sont moins nettes que de l'autre côté. A l'auscultation, respiration supplémentaire à gauche sur toute la hauteur, à droite craquements humides disséminés dans la fosse sus-épineuse avec souffle caverneux; obscurité du murmure vésiculaire dans la fosse sous-épineuse.

21 novembre 1881. 100 pulsations avec intermittences nombreuses; le pouls est vif. Peau chaude, sèche. Matité à droite à la base, moins marquée au sommet. Au sommet droit, souffle caverneux avec gros râles humides. Respiration abolie à la base ; vibrations surtout exagérées à la base ; dans le tiers moyen, respiration plus marquée. Même en faisant compter le malade, il n'y a pas de retentissement vocal au tiers supérieur ; 37 à 40 respirations. Le côté droit de la poitrine est presque immobile, tandis que les excursions respiratoires sont très marquées à gauche, même au

sommet. La voix est moins aphone depuis qu'il prend du sirop de Boutigny. Temp. 38°.

22 novembre. Temp. 37,9; puls. 84.

Teint. d'écorces d'oranges amères....	20	grammes.
Extrait qq.....	2	—
Eau.....	90	—
Sirop de Tolu.....	40	—

Temp. S. 38,3.

23 nov. Pouls à 96, continue à être intermittent; intermittence toutes les 6 ou 7 pulsations.

Temp. M. 37,0.

24 nov. Temp. M. 37,05. A gauche râles sous-crépitants fins dans la moitié inférieure, sans souffle.

Temp. S. 37°.

25 nov. Temp. M. 37,5. On trouvait dans ces derniers temps, à l'auscultation, souffle amphorique à droite et sous la clavicule et sur une étendue de quatre travers de doigt avec gargouillement. Bruit de pot félé; matité complète au sommet, plus accentuée sur la moitié externe; à partir du mamelon submatité sur le reste de la hauteur. En arrière, matité absolue à droite. A gauche, sonorité à peu près normale, respiration supplémentaire. Les jours suivants, les symptômes s'aggravent; le malade s'affaiblit de plus en plus et s'éteint le 29 novembre dans toute la plénitude de son intelligence.

Autopsie. — (1er décembre). A l'ouverture de la poitrine, le poumon droit retenu par des adhérences ne s'affaisse pas; le poumon gauche s'affaisse également peu.

Poumon gauche. — Pas de liquide dans la plèvre. Il ne présente aucune altération de la plèvre, sinon une petite adhérence au sommet.

Le lobe supérieur présente une couleur blanchâtre et emphysème très marqué, surtout au bord antérieur et supérieur. A la coupe, il ne sort aucun liquide, quelques granulations disséminées par petits groupes de 4 ou 5 dont les unes ont un aspect grisâtre et d'autres un aspect jaunâtre.

Le lobe inférieur ne s'affaisse pas, il conserve l'empreinte du doigt et si l'on presse, il se déchire ; cependant, le bord antérieur est emphysémateux ; il présente une teinte blanchâtre parsemée de points noirs qui tranche sur la couleur livide du reste du lobe. A la coupe, il s'écoule un liquide spumeux, rougeâtre, très abondant; la couleur de la coupe est brunâtre et uniforme. Dans la partie postérieure, on trouve quelques granulations grises disséminées, transparentes, tandis que d'autres sont jaunâtres ; dans un point on trouve une petite masse tuberculeuse, jaunâtre, du volume d'un haricot, présentant une excavation de la grosseur d'un grain de chènevis.

Poumon droit. — Il est complètement adhérent à la cage thoracique sur toute l'étendue du lobe supérieur. La plèvre est épaissie, indurée sur toute cette étendue; au niveau du lobe inférieur, la plèvre présente antérieurement une épaisseur de plus de 0^m002.

Lobe supérieur. — Il est transformé en une vaste caverne à parois anfractueuses et formée par une série de cavernes qui se sont ouvertes les unes dans les autres. En avant et en arrière, au sommet, les parois de cette caverne ne sont formées que par la plèvre épaissie et une mince bande de tissu pulmonaire. La cavité de la caverne principale avait le volume d'une grosse mandarine; dans cette caverne, s'ouvrent des cavernes secondaires qui occupent le reste du lobe supérieur.

Dans certains points, la paroi de la caverne présente un

aspect blanc légèrement nacré dû à la formation de tissu conjonctif cicatriciel, tandis que dans d'autres points voisins, il n'y avait aucune tendance à la cicatrisation et le processus ulcératif continuait.

Lobe moyen.— Il contient de petites cavernules variant du volume d'un grain de chènevis à celui d'une noisette. Il est d'ailleurs farci de granulations tuberculeuses et jaunâtres.

Lobe inférieur.— Il contient, particulièrement dans sa partie antérieure, des granulations très nombreuses, groupées en masses confluentes et qui forment des nodules jaunâtres d'une étendue variable de $0^{m}002$ à 0,02.

Larynx.— On constatait des ulcérations qui, par leur aspect, présentaient le caractère d'ulcérations tuberculeuses. Elles avaient les bords épais et infiltrés de granulations.

Abdomen.— A l'ouverture, aucune trace de liquide dans le péritoine, pas de granulations tuberculeuses, soit dans le mésentère, soit dans le reste du péritoine, ni de signes de catarrhe, soit gastrique, soit intestinal.

Foie.— Il ne paraît pas augmenté de volume ; foie gras.

Reins.— Aspect et volume normal.

Rate.— Aspect et volume normal.

L'*estomac* et *l'intestin* paraissent sains.

Pancréas.— Normal.

Intestin grêle.— Sain.

Indépendamment des ulcérations laryngées que l'on constate rarement dans la phtisie des vieillards, cette observation nous montre que la maladie, après avoir eu une certaine

tendance à s'arrêter, a continué néanmoins sa marche d'une façon assez rapide.

Observation III (1).

Tuberculisation pulmonaire du sommet gauche guérie — Congestion broncho-pulmonaire bilatérale — Granulations grises aux deux sommets.

Le nommé S. François, né en 1795, à Pierrefitte, est entré à l'hôpital le 25 février 1867.

A plusieurs reprises, soit à l'époque où M. Grasset faisait le service, soit depuis l'arrivée de M. Hamelin à l'hôpital, il s'était présenté à l'infirmerie avec une congestion broncho-pulmonaire, ou avec des signes de bronchite.

Le 2 avril 1883, il s'est couché plus affaissé que d'habitude. On trouve à l'auscultation des râles sous-crépitants nombreux à la base gauche. Du côté droit, on constate quelques râles disséminés. Pas de matité à la percussion.

On prescrit:

Ipécacuanha concassé	2 gr.
Ecorce d'oranges amères	4 gr.
Eau bouillante	90 gr.
Passez et ajoutez sirop de polygala	30 gr.

L'état général et local reste sensiblement le même jusqu'au 6.

Ce jour-là on prescrit:

Eau de vie	30 gr.
Extrait alcoolique q.q	2 gr.
Teint. de noix vomique	X gouttes
Eau	90 gr.
Sirop de Tolu	30 gr.

Demi vin vieux; 60 gr. jus de viande.

(1) Observation communiquée par M. Hamelin.

Cette prescription est nécessitée par l'état d'abattement et d'affaiblissement dans lequel se trouve le malade.

Le 8 avril. - - L'état restant sensiblement le même,

On prescrit :

Racine d'aunée	4 gr.
Polygala	2 gr.
Eau bouillante	90 gr.
Teint. écorces ord. amères	20 gr.
Teint. de noix vomique	X gouttes.
Sirop de Tolu	40 gr.
Tisane vineuse :	
Orge	300 gr.
Vin	500 gr.

Le 10 avril.— Même état général et local. On continue la potion et on prescrit, vésicatoire 10/12 que l'on applique entre les deux omoplates.

Le 11 et le 12 avril.— Rien de nouveau à signaler.

Le thermomètre appliqué dans le creux de l'aisselle donne 38°.

Le 13 avril.— La poitrine est pleine de râles. On applique 6 ventouses sèches à la région antérieure et on prescrit à l'intérieur :

Alcoolat de mélisse	20 gr.
Teint. de cannelle	10 gr.
Teint. de noix vomique	X gouttes.
Extrait alcoolique	4 gr.
Eau	90 gr.
Sirop de fleurs d'oranger	30 gr.

Le 15 avril.— On trouve, à l'auscultation, en avant, à gauche et au sommet, de la respiration soufflante ; en arrière, dans la fosse sous-épineuse droite et en dedans de cette

même épine, quelques râles sous-crépitants avec expiration prolongée au sommet. La respiration est obscure à la base.

Le 16 avril.— L'expectoration est peu abondante; on observe quelques crachats hémoptoïques. La langue est toujours humide, blanche. Le pouls est fréquent: 100 puls. environ.

Le 17 avril.— L'expectoration sanglante a cessé totalement. L'état général reste toujours mauvais. La peau est plus chaude que les jours précédents; le pouls plus fréquent, on compte 120 pulsations. Les traits sont fortement tirés, les yeux excavés. La poitrine est toujours engouée; à droite, les râles sous-crépitants sont beaucoup plus nombreux qu'à gauche où l'auscultation de la fosse sous-épineuse dénote de l'obscurité de la respiration. Peu de dyspnée.

Le 18 avril.— Prostration considérable.— 40 respirations. — 112 pulsations irrégulières intermittentes.— Les râles humides s'entendent à distance.— Le malade meurt le soir à 8 heures dans un état d'asphyxie complète.

A aucun moment il n'a été trouvé de bruit de souffle au cœur. La pointe battait dans le sixième espace intercostal en dehors du mamelon.

Autopsie. — *Cœur.* — Hypertrophie. — Dégénérescence graisseuse.

Poitrine.— Poumon gauche.— Caverne au sommet, du volume d'une noix, entourée par une zone de pneumonie interstitielle qui, en certains points, a remplacé le tissu pulmonaire par de véritables bandes de tissu scléreux.

La caverne est tapissée par une lame de tissu conjonctif. A la base du lobe supérieur, quelques granulations grises.

Dans le lobe inférieur gauche, congestion œdémateuse très prononcée, surtout aux parties déclives.

Poumon droit.— Granulations grises, les unes isolées, les autres agglomérées, mais peu nombreuses dans le lobe supérieur et moyen. Splénisation du lobe inférieur et de la partie postérieure du lobe moyen.

Kyste hématique du médiastin antérieur du volume d'une mandarine placé en avant de la crosse de l'aorte et de l'origine des gros vaisseaux, au-dessus du péricarde, en arrière du sternum. (M. Blaise, professeur-agrégé, a fait de ce kyste l'objet d'un travail, qui a été publié dans le ***Montpellier médical*** du mois de juin 1884).

Cette observation nous fait voir que l'opinion d'un des anciens maîtres de notre école, M. le professeur Fonssagrives, n'est point absolue. Il n'est pas en effet indifférent d'être tuberculeux passé l'âge de 60 ans. Si S..... est devenu phtisique sur ses vieux ans, il le doit certainement à ce qu'il était déjà tuberculeux.

Observation IV.

Il s'agit ici d'un malade qui de son vivant n'avait présenté que des signes d'emphysème pulmonaire. C'était là du moins le diagnostic qui avait été porté par M. le profeseur Grasset. Quand M. Hamelin prit le service à l'Hôpital Général, le diagnostic ancien fut maintenu. Il faut dire que l'attention n'avait jamais été sérieusement attirée sur les phénomènes qui se passaient du côté des poumons.

Comme ce malade était atteint de rétention d'urine, cette dernière affection était l'objet d'une surveillance toute exclusive. Le malade mourut le 6 mai, à 8 heures du matin, après avoir présenté un état fébrile. Voici ce que l'on constata à l'autopsie.

Autopsie (1).— 7 mai 1881, à 9 heures du matin.

Encéphale.— Liquide encéphalo-rachidien en très grande abondance. Suffusion hémorrhagique sous-méningée, surtout marquée sur l'hémisphère gauche et occupant toute l'étendue de la partie inférieure de la zone motrice. Les méninges se détachent facilement et les coupes de l'îtres ne donnent rien de morbide. Les artères cérébrales ne sont pas athéromateuses.

Poitrine.— Les deux poumons se rejoignent par leurs bords.

1° Poumon droit. — Emphysème généralisé, beaucoup plus marqué sur le lobe inférieur, où l'on trouve également de l'emphysème sous-pleural. Les poumons ne se rétractent pas d'ailleurs à l'ouverture du thorax, particulièrement le droit. Le poumon droit pèse 337 gr. et présente des adhérences légères (néo-membranes) entre le lobe moyen et la plèvre costale.

2° Poumon gauche.— Lobe supérieur du poumon gauche est emphysémateux; on y trouve des tubercules crus, grisâtres, disséminés. Le lobe inférieur est transformé en un bloc compacte, très pesant, très résistant, qui ne se déchire pas sous le doigt: il s'agit d'une pneumonie interstitielle. Vers la partie supérieure et postérieure de ce lobe, on trouve une caverne du volume d'une madarine dont la paroi postérieure est formée par les deux feuillets de la plèvre, épaissis et accolés, contre lesquels il reste encore une mince lame de tissu pulmonaire. Le reste du lobe inférieur est parsemé de petites cavernules que sépare un tissu ferme contenant des granulations grisâtres. A la surface des cavernules, on trouve

(1) Communiquée par M. Hamelin.

aussi des granulations jaunâtres. Le poids du poumon gauche est de 660 gr. Le poumon gauche présentait une adhérence complète des deux feuillets de la plèvre sur le lobe inférieur. Aucune adhérence n'existait au niveau du lobe supérieur. Tout le tissu du lobe inférieur de ce poumon tombe au fond de l'eau.

Cœur.— Pas d'hypertrophie. Poids 272 gr. Le cœur droit est un peu dilaté. Toutes les valvules sont saines. Plaques calcaires sur la crosse de l'aorte.

Reins.— Rein gauche 110 gr. Rein droit 125 gr.; aspect normal.

Rate.— Poids: 227 gr. – Hypertrophiée.

Vessie.— Elle est totalement remplie d'urine. Dans le bas-fond, on trouve une ouverture à travers laquelle on peut introduire l'index et qui conduit dans une poche ou deuxième vessie remplie d'urine et qui se trouve placée en arrière de la prostate entre celle-ci et le rectum.

A cette poche aboutit un uretère.— La prostate est hypertrophiée, mais c'est surtout la partie postérieure du lobe moyen qui présente un volume remarquable, de sorte que l'orifice du canal uréthral dans la vessie est situé à un niveau beaucoup plus élevé que le reste du canal contenu dans la partie antérieure de la prostate, ce qui gênait le cathétérisme. La sonde venait buter contre ce lobe moyen et il fallait élever le bec de cette dernière en soulevant brusquement la sonde lorsqu'elle était arrivée à ce niveau pour lui faire franchir la dernière portion du canal.

Sur la vessie existent encore, à la face postérieure, trois petites poches contenant de l'urine et communiquant par un orifice étroit avec la vessie. Ces poches ont le volume d'une petite noisette.

Observation V.

Le nommé T. Jean-Antoine, menuisier, né à Lodève en 1822, se trouve couché au n° 44 de la salle Saint-Charles.

Au sujet de son hérédité, le malade nous raconte que son père et sa mère sont morts tous les deux à l'âge de 84 ans à la suite d'une maladie de courte durée. Il a eu deux sœurs dont une est morte à l'âge de 25 ans à la suite d'un accident; la seconde a succombé à l'âge de 32 ans, après un accouchement difficile et laborieux. Ses autres parents ont tous joui d'une bonne santé.

Etant tout jeune T. n'a jamais été malade. A 21 ans, incorporé comme jeune soldat, il fut désigné pour faire son service militaire en Algérie. Pendant son long service (7 ans), T. resta à peu près deux mois malade. Il fut soigné successivement pour fièvre intermittente, diarrhée, chancres mous et blennorrhagie.

Il prit aussi en Algérie la mauvaise habitude que prennent malheureusement beaucoup de nos soldats; il se mit à boire des liqueurs fortes et principalement de l'absinthe.

Après son service militaire, T. rentra à Lodève pour reprendre les travaux de son ancienne profession. Il se maria peu de temps après avec une fille de 18 ans. De son mariage nâquirent 5 enfants dont 3 vivent encore et jouissent d'une bonne santé. Les deux autres sont morts en bas âge; le premier de rougeole, le second de maladie inconnue. Sa femme est morte à l'âge de 38 ans, d'un cancer utérin.

T. ne se sent fatigué que depuis 3 ans seulement. A cette époque il éprouva des chagrins sur la nature desquels nous ne pouvons insister ici; il perdit peu à peu l'appétit et ne se sentit plus la force de pouvoir continuer son travail de me-

nuisier; il tint alors un bureau de placement pour les nourrices.

Au mois de février 1883, pris d'une toux sèche et fatigante, T. fit appeler auprès de lui un médecin, qui lui prescrivit des préparations opiacées. Au mois de juin survint chez lui un abcès à la marge de l'anus, qui a été le point de départ d'une fistule dont le malade est porteur aujourd'hui.

Ne voyant aucune amélioration dans son état de santé, T. demanda et obtint d'être interné à l'hospice des vieillards.

C'est le 15 janvier 1884, qu'il nous a été donné de voir ce malade pour la première fois. Voici ce que nous avons constaté :

T. est d'une taille moyenne; sa physionomie exprime un certain degré d'abattement et de langueur; la face est pâle; la respiration semble un peu gênée; la peau est normale; le pouls petit, la toux sèche, peu fréquente; la voix enrouée; l'expectoration nulle, pour ainsi dire. On trouve deux ou trois crachats visqueux et adhérents au fond de son crachoir.

La cage thoracique est bien conformée : pas de déviation, pas de saillies claviculaires et costales bien manifestes. Les vibrations vocales s'entendent dans toute l'étendue de la poitrine, excepté au sommet gauche où elles paraissent diminuées.

La percussion nous révèle une matité au sommet gauche en avant, dans les régions sus et sous-claviculaires; en arrière, dans les fosses sus et sous-épineuses.— A la base, il existe de la sonorité. Du côté droit, même matité au sommet, mais moins étendu qu'à gauche. A l'auscultation, la respiration est rude, l'expiration prolongée.— A gauche, on constate dans la région sous-claviculaire quelques râles caverneux mêlés à de la respiration caverneuse et qui s'entendent dans les deux temps de la respiration.— A droite, la respiration est

rude, mêlée à des craquements secs. Dans les parties sous-jacentes, la respiration est forte, supplémentaire.

Le cœur ne présente rien à signaler; les battements sont faibles mais réguliers.

La langue est un peu blanchâtre, le foie est descendu au-dessous des fausses côtes, il est un peu volumineux.

Rien à noter pour la rate.

Le ventre est souple ; pas de diarrhée, pas de constipation.

L'examen des organes génito-urinaires nous permet de constater un rétrécissement du canal de l'urèthre. Ce rétrécissement date de longtemps; il est survenu peu de temps après la blennorrhagie dont nous avons déjà parlé. Urines normales.

On constate aussi la fistule à l'anus de laquelle s'écoule en assez grand quantité un pus jaunâtre et présentant une odeur fétide.

Traitement :

2 tasses de lait matin et soir.
1\4 rôti, 1\2 vin.
Eau de goudron comme tisane.
Sirop de morphine 20 gr., à prendre dans la la soirée.

Le 20 février. La peau est normale, pas de fièvre; la voix est toujours rauque. Les signes fournis par la percussion et l'auscultation n'ont pas éprouvé de modifications bien notables. Dans la région sous-claviculaire gauche, on entend toutefois plus de râles que les jours précédents.

Même traitement auquel on ajoute : vésicatoire 10/12 à mettre en arrière dans la fosse sous-épineuse.

Le 24 février. Même état général et local. On prescrit : badigeonnages à la teinture d'iode aux deux sommets de la poitrine en avant et en arrière.

Le 5 mars. Le malade accuse une douleur plus vive que les jours précédents dans l'arrière-gorge. La voix est toujours enrouée. L'examen au laryngoscope se fait assez difficilement, le malade se prêtant peu à cette opération. On constate toutefois une teinte plutôt violacée que rouge de l'épiglotte. On voit aussi à l'œil nu sur le fond de l'arrière gorge quelques granulations. Il n'existe nulle part d'ulcérations.

Le 7 mars. On trouve des fibres élastiques dans les crachats. L'état général et local est à peu près le même.

Le 11 mars. Le malade se trouve plus triste que d'habitude, il ne mange pas. On constate les mêmes signes que les jours précédents. On combat les granulations pharyngées par des cautérisations au nitrate d'argent, et on prescrit à l'intérieur :

Vin de quinquina.....	40 grammes.
Arséniate de strychnine..	0,003.

Le 14 mars. Le malade quitte brusquement le service.

Observation VI.

Le nommé C. Louis, serrurier, âgé de 70 ans, se trouve à l'Hôpital Général depuis le 30 août 1883.

Son père est mort à l'âge de 79 ans d'une malade de poitrine ; sa mère a succombé à l'âge de 56 ans, à la suite d'une maladie dont il ne peut préciser ni le caractère, ni la nature ; il lui reste deux frères qui vivent encore et jouissent d'une bonne santé.

C. est doué d'un tempérament lymphatique et d'une constitution moyenne.

Vers l'âge de six mois, il a eu un eczéma assez rebelle du cuir chevelu ; deux aus après il eut la rougeole.

Envoyé comme jeune soldat en Algérie, C. contracta, pendant son service militaire, une diarrhée qui nécessita son entrée à l'hôpital où il resta en traitement pendant un mois environ.

Il avoue n'avoir fait aucune sorte d'excès.

Après son service, C. s'est marié et n'a jamais eu d'enfants. Sa femme est morte depuis deux ans.

S'il faut s'en rapporter à ce que nous dit ce malade, il ne tousserait que depuis trois ans seulement. Il attribue l'origine de sa toux aux nombreuses veillées qu'il a été obligé de passer auprès de sa femme malade.

Après la mort de sa femme, C. se fit soigner pour sa toux par un médecin de la ville tout d'abord ; il entra ensuite à l'hôpital Saint-Eloi où il fut traité pour bronchite chronique et anémie. Après deux mois de traitement, il sortit de l'hôpital Saint-Eloi, il essaya de reprendre son travail ; mais voyant que les forces l'abandonnaient chaque jour, il demanda et obtint d'être interné ici à l'Hôpital Général.

C. était employé chez le serrurier de l'Asile, quand, fatigué par une toux opiniâtre, il se présenta à l'infirmerie le 5 décembre 1883 à la visite du matin. Voici son état :

La peau est sèche, sans élasticité, dépourvue de tissu adipeux. La face notablement amaigrie présente une coloration assez vive au niveau des pommettes. La respiration est fréquente ; la toux pénible, fréquente et suivie d'une expectoration mucoso-purulente. La peau est chaude, le pouls petit mais fréquent. Temp. 39,2.

Le thorax est considérablement amaigri. Les creux sus et sous-claviculaires sont très prononcés ; les espaces intercostaux et les saillies costales sont très manifestes. Le ma-

lade n'accuse aucune douleur, et ne se plaint que de la toux qui ne le quitte pour ainsi dire pas.

Les vibrations vocales se transmettent bien des deux côtés. A la percussion, on constate, en arrière, de la matité aux deux sommets ; à droite, la matité s'étend jusqu'à la partie inférieure du poumon ; à gauche, au contraire, dans le tiers moyen et inférieur, il existe une sonorité exagérée. En avant, on observe de la matité sous les deux clavicules.

L'auscultation nous révèle du souffle caverneux dans le sommet droit, en arrière, dans la fosse sus-épineuse, en avant, dans le creux sous-claviculaire. Dans toute l'étendue du poumon droit, on perçoit des râles muqueux sous-crépitants qui s'entendent dans les deux temps de la respiration. A gauche, la respiration est rude ; l'expiration est prolongée au sommet.

Le cœur ne présente rien de particulier à signaler. Les battements sont faibles, mais réguliers. Du côté du tube digestif, on observe une certaine tendance à la constipation.

On prescrit :

1/4 roti, 1\2 vin. Julep gommeux avec 0,15 de kermès. Vésicatoire 10\12 à mettre en arrière, à droite.

Le 6. La fièvre persiste, l'expectoration est très abondante ; les crachats sont mucoso-purulents et adhèrent au vase qui les contient. La toux est encore très fréquente, le malade n'a pas dormi la nuit précédente.

On prescrit :

Ipéca concassé.....	4 gr.
Poudre de digitale.....	0 5 déc.
Eau bouillante.....	100 gr.

Passez et ajoutez, après un quart-d'heure d'ébullition :

Sirop de capillaire.....	30 gr.

Le 7. A la visite du matin, on constate un grand abatte-

ment; le malade a vomi la veille; il n'a pas toléré la potion à l'ipéca.

On supprime la potion avec ipéca, et on donne:

Julep avec 20 gr. de sirop de morphine.

Le 8. Le thermomètre appliqué dans le creux de l'aisselle nous donnait une température normale de 37,2. L'auscultation de la poitrine nous révélait les mêmes signes que les jours précédents; même traitement.

Le 9. La toux est moins fréquente; la peau est normale; le malade n'a pas eu de selles depuis deux jours, se plaint de son ventre.

On prescrit lavement émollient.

Le 11. L'expectoration est moins abondante; le malade est toujours faible, se remue à peine dans son lit. La peau est normale.

On ajoute 60 gr. jus de viande à la prescription alimentaire.

Le 15. Même état général et local. Les crachats contiennent des fibres élastiques.

Badigeonnages à la teinture d'iode aux deux sommets.

Les jours suivants ne présentent rien à signaler.

La toux devient chaque jour de moins en moins fréquente; l'expectoration est aussi diminuée. Pour vaincre la constipation opiniâtre dont le malade est atteint, on prescrit les pilules suivantes:

Podophyllin...	0 10 cent.
Résine de Scammonée....	1 00 gr.
Ext. de Belladone.....	0 10 cent.

Faire 10 pilules à prendre 2 par jour.

Vers la fin janvier, on constate chez notre malade une grande amélioration surtout au point de vue de l'état général.

La toux est rare, l'expectoration est pour ainsi dire nulle.

La peau est bonne, le malade a bon appétit, se promène et monte les escaliers sans éprouver une grande gêne de la respiration. L'examen de la poitrine nous révèle à l'auscultation du souffle tubaire dans tout le côté droit, avec retentissement vocal. A gauche, la respiration est forte à la base, rude au sommet. On n'entend plus de râles sous-crépitauts comme par le passé.

Observation VII.

Del.... Jean, serrurier, âgé de 57 ans, se trouve couché au n° 21 de la salle Saint-Charles. Son père est mort à l'âge de 75 ans à la suite d'une hernie étranglée. Sa mère s'est éteinte à l'âge de 85 ans.

Parmi les sept frères ou sœurs qu'il a eus, cinq sont morts en bas âge. Une de ses sœurs a vécu jusqu'à l'âge de 50 ans; elle est morte d'une maladie de foie.

Del.... s'est marié à 27 ans et a eu 4 enfants qui sont tous morts avant d'avoir atteint leur seconde année. Sa femme est morte à l'âge de 34 ans de phtisie pulmonaire.

Retiré depuis 5 ans ici à l'hôpital, Del.... eut, il y a deux ans, une hémoptisie assez sérieuse; il évalue à trois quarts de litre la quantité de sang qu'il perdit à ce moment. Après cette hémoptisie, il éprouva une grande faiblesse, et eut une tendance à s'enrhumer facilement. Au mois d'août dernier, en examinant le malade pour la première fois, voici ce que nous constations:

Del. est d'une taille petite, d'une constitution faible. Sa poitrine est bien conformée; pas de voussure, pas de déviation à noter.

A la percussion, on constate de la matité au sommet droit.

Dans les parties sous-jacentes, il existe de la sonorité. Les vibrations passent très bien ; elles sont même un peu exagérées au sommet droit.

A l'auscultation, on perçoit dans la fosse sus et sous-épineuse à droite quelques craquements secs, à timbre métallique.

La respiration est rude, l'expiration prolongée au sommet droit. A gauche la respiration est forte (respiration supplémentaire). La toux est peu fréquente ; les crachats sont rares et contiennent de fibres élastiques.

Depuis cette époque, nous avons pu constater chez lui des poussées de bronchite. On entendait alors dans la poitrine des râles muqueux sous-crépitants, mêlés à des râles sibilants et ronflants dans toute l'étendue du poumon droit depuis le sommet jusqu'à la base.

Après quelques jours de repos au lit et une médication appropriée (expectorants), cette bronchite disparaissait assez vite. On constatait alors de nouveau les signes qui nous avaient frappé au mois d'août, sans leur reconnaître une grande modification.

Nous n'avons jamais remarqué chez ce malade aucun signe d'amaigrissement.

Observation VIII.

La nommée Florestine Pr..., tisseuse de draps, née à Lodève en 1828, se trouve couchée au n° 23, salle Sainte-Marie.

Abandonnée de son mari et privée elle-même de la vue à la suite d'une kératite qui remonte à 8 ans, Florestine se trouve ici à l'Hôpital Général depuis 5 ans.

Son père est mort à 80 ans ; sa mère est morte subitement

à l'âge de 55 ans (rupture d'anévrysme de l'aorte). Ses frères et ses sœurs n'ont jamais été malades. Les règles ont apparu pour la première fois chez elle à l'âge de 12 ans ; elles ont toujours été régulières. A part la variole qu'elle a eue à 20 ans, Florestine nous avoue qu'elle n'a jamais été malade. Elle s'est mariée à l'âge de 23 ans, a été mère de trois enfants qui sont tous morts en venant au monde.

Cette femme vivait ici dans l'Hôpital en passant sa journée à tricoter, quand elle se présenta à l'infirmerie le 2 décembre et attira notre attention.

La malade accuse une fatigue générale ; la peau est un peu chaude, le pouls est fréquent mais petit, la toux fréquente et sèche.

La poitrine est bombée en avant ; les vibrations passent bien. Pas de matité à la percussion. On entend dans la poitrine des râles sibilants et ronflants ; des râles muqueux sous crépitants existent aux deux bases.

On se croit en présence d'un caractère bronchique et l'on prescrit :

2 tasses de lait.

Infusion de mauve et de tilleul.

Kermès.	0.15 cent.
Sirop de morphine	20 gr.
Potion gommeuse.	100 gr.

Le 4 décembre. La malade a éprouvé vers les 4 heures du matin une sensation de chaleur.

Temp. M. 40,1. S. 38,1.

A cause de cette température si élevée et survenant surtout le matin, on croit que l'on a affaire à un accès de fièvre intermittente.

On prescrit :

Sulfate de quine 1 gr.

A prendre en trois prises.

1° à 1 h. s.; 2° à 4 h. s.; 3° à 9 h. s.

On donne aussi la potion suivante :

Extr. qq.....	4	grammes
Alcoolat de mélisse.....	10	—
Teint. de cannelle.....	10	—
Potion.....	100	—

Le 5. Temp. M. 40,2. S. 38,8.

On continue le même traitement.

Le 6. Temp. M. 39,2. S. 38,8. Même traitement.

Le 7. Temp. M. 39,8. S. 38. Même traitement.

Le 8. Temps. M. 40. S. 38.— A l'auscultation, on perçoit des râles sous-crépitants dans toute la partie postérieure et inférieure du côté droit.

Il en existe aussi à la base du côté gauche.

On continue le sulfate de quinine à la même dose et on ajoute 5 grammes de sirop d'ipéca à la potion alcoolique.

Le 9. La malade a vomi dans la journée d'hier, on suspend le sirop d'ipéca et on donne :

Extr. q.q.....	4	gr.
Rhum.....	30	gr.
Sirop fleurs d'oranger.....	30	gr.
Potion.....	90	gr.

Temp. M. 39,2. S. 37,6.

Le 10, le 11, le 12, même état. La température du matin est toujours très élevée, elle oscille entre 39° et 40°, tandis que le soir elle s'élève à peine à 38°.

Le 13, M. le professeur Hamelin, frappé du peu d'action du sulfate de quinine sur la marche de la température, pense alors à une fièvre symptomatique, qu'il attribue volontiers à une poussée tuberculeuse.

On supprime le sulfate de quinine ; on continue la potion à l'extrait de quinquina et on ajoute 60 grammes du jus de viande à la prescription alimentaire.

Les jours suivants, on constate les mêmes phénomènes; la température est toujours très élevée le matin.

Le 22. L'examen de la poitrine se fait avec beaucoup de soin et voici ce que l'on constate:

A l'inspection, voussûre en avant. Les vibrations vocales passent très bien.— A la percussion, matité aux deux sommets, sonorité à la base.

A l'auscultation, râles sous-crépitants, en arrière dans la fosse sus et sous-épineuse droite.

Ces râles s'entendent après l'inspiration. On les perçoit aussi à la base des deux poumons en arrière.— La respiration est forte à gauche; à droite et au sommet, l'expiration est prolongée. En avant, sous la clavicule droite, on entend aussi quelques râles sous-crépitants. La malade tousse beaucoup.— L'expectoration est très abondante.— Temps, M. 40,1. S. 37,6. Pour lutter contre l'état fébrile, M. Hamelin prescrit les pilules suivantes:

Digitaline	0.02
Vératrine	0.05
Arséniate de strychnine	0 05
Hydro-ferro cyanate de quinine	2.00

Pour 20 pilules, à prendre 3 par jour.

Le 28. La fièvre persiste; la température est toujours plus élevée le matin que le soir. La malade tousse beaucoup, principalement la nuit. On prescrit 20 gr. de sirop de morphine à prendre le soir.

Le 31 décembre. Même état de la poitrine.

Le 4 janvier. On perçoit sous la clavicule gauche des râles sous-crépitants bien limités et qui s'entendent après l'inspiration. On trouve aussi ce jour-là des fibres élastiques dans les crachats qui sont mucoso-purulents. Le diagnostic porté

les jours précédents par M. Hamelin se trouvait ainsi confirmé.

A partir de ce jour, Florestine fut soumise au régime de la viande crue avec rhum, traitement préconisé par un ancien professeur de notre Ecole, M. Fuster.

Vers la fin janvier, Florestine n'avait plus de fièvre, mais elle était fort amaigrie et présentait une faiblesse générale. Elle toussait encore et crachait abondamment.

Pendant le mois de février, voici ce que nous avons constaté chez elle :

La toux est fréquente et s'accompagne d'une expectoration abondante. Les crachats présentent les mêmes caractères.

La peau est normale. Sous la clavicule droite, on constate des signes très nets d'excavation pulmonaire (râles muqueux sous-crépitants). Comme traitement, on cherche d'un côté à soutenir les forces, de l'autre à modifier les sécrétions bronchiques.

Pendant le mois de mars, nous n'avons rien de particulier à signaler chez notre malade. Les lésions tuberculeuses paraissent rester stationnaires.

A part ces quatre dernières observations, nous aurions pu encore en publier d'autres. Il existe, en effet, dans le service de l'Hopital Général d'autres malades présentant des signes d'excavations pulmonaires, mais nous avons voulu nous en tenir aux cas dans lesquels nous avons constaté des fibres élastiques dans les crachats.

Voici comment nous avons procédé, avec mon ami Courrent, aide préparateur d'anatomie pathologique, à l'examen des crachats.

Examen des crachats. — Nous avons traité tout d'abord par la potasse à 40 p. 100 les crachats expectorés pendant

une journée entière. Après avoir laissé reposer le mélange pendant 24 heures, nous avons décanté et fait ensuite l'examen microscopique.

L'éosine nous a servi de colorant.

Nos préparations nous ont présenté des fibres égales dans tout leur trajet, à double contour, fines, offrant une forme en demi-cercle, et colorées en rouge vif.

CONCLUSIONS.

De ces faits qui précèdent, nous croyons pouvoir conclure :

1° La phtisie pulmonaire existe chez le vieillard ;

2° Elle est plus fréquente qu'on ne pense généralement ;

3° Elle peut se montrer dans la vieillesse, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique ;

4° La phtisie aiguë est assez rare chez le vieillard et lorsqu'elle existe, elle revêt des formes tout à fait spéciales ;

5° La phtisie chronique a chez le vieillard une marche lente, torpide ;

6° Elle peut prendre quelquefois une forme rapide.

FIN.

Vu bon à imprimer :
Le Doyen,
J. BENOIT.

Vu :
Le Président censeur,
CAVALIER.

Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

Auxquelles le Candidat doit répondre verbalement

en exécution de l'Arrêté du 22 mars 1842.

Chimie Médicale et Pharmacie.

La cause de la fermentation de l'urine et les produits de cette fermentation.

Physique Médicale.

Des phénomènes d'endosmose chez les êtres vivants.

Botanique et Histoire Naturelle Médicale.

Exposer la structure de la sangsue. De l'ergot de seigle.

Anatomie.

Du système porte.

Anatomie pathologique et Histologie.

De la gangrène, au point de vue de l'anatomie pathologique.

Physiologie.

De la lymphe et de ses fonctions.

Pathologie et thérapeutique générales

L'intoxication palustre est-elle la cause *sine quâ non* des affections morbides à quinquina?

Pathologie Médicale ou Interne.

De l'encéphalite et de son traitement.

Pathologie Chirurgicale ou Externe

Des abcès métastatiques.

Thérapeutique et Matière Médicale.

Des préparations antimoniales.

Opérations et Appareils.

De la désarticulation du coude.

Médecine légale et toxicologie.

De l'empoisonnement par les champignons.

Hygiène.

Des moyens propres à vulgariser les notions d'hygiène.

Accouchements.

De la délivrance.

Clinique Interne.

Diagnostic de la tuberculisation générale aiguë.

Clinique Externe.

De la fièvre traumatique.

Clinique des maladies mentales et nerveuses.

De la lypémanie suicidique.

Titre de la Thèse à soutenir.

Étude sur la Phtisie pulmonaire des vieillards.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !